

神戸女子大学看護学部紀要 第4巻, 75-78, 2019年3月

## ◆報告

## 第4回 神戸女子大学看護セミナー

Report of 4<sup>th</sup> Kobe Women's University Nursing Seminar

## 対談

A dialogue

村上 陽一郎 (前東洋英和女学院大学学長, 東京大学・国際基督教大学名誉教授)

× 野並 葉子 (神戸女子大学看護学部長)

—科学という視点で、看護学をどう考えるか

野並：この貴重な時間を取っていただきまして、ありがとうございます。先ほど先生のほうから科学の歴史と現代、そして医療についてお話しいただきました。私たちは看護学または看護という面で研究や教育をしている者ですが、その中で特にまず先生が最初にお話しいただきました科学という視点で、先生のご示唆をいただきたいというところで、まず上げております。

先生のこの、『科学の現在を問う』というご本の中にも、そこの前に書いてありますように、現代というのは社会化された科学を備えた社会だというふうに述べられています。そこで先ほど先生の最後のほうのお話の中でも、人間の生と死を巡る倫理問題というのが出てきますよというお話がありましたし、また逆に社会化された科学を備えた社会においては、自立した個人が孤立することなく願いや思いを共有する他の個人と連携するために組織をつくることは大切だということ、この組織というのは、それぞれが参加し参画するものであるはずだ、先ほどのお話でもそういうことが出ていました。

なので、研究者側も常に行政や企業に目を向けるだけではなく、そうした生活者への視点を届かせることが必要となるというふうなことが書かれています。特に第二次世界大戦後、1940年代から看護学という学問が大学で教育、研究されるようになり、その過程で生理学や病態生理学、また心理学や社会科学、また物理学、さまざまな分野の科学的な知識や学問の成果というものを活用、応用し、人間を統一体として捉え、その統一体としての人間に対して働きかけるのが看護だ、看護学だというふうに私たちは習い、そして今教えております。そういう中で、看護は応用科学とか実践科学と言いますけれ

ども、その中で例えば先ほどトランス・サイエンスというお話が出ていましたが、看護学はどういうふうな方向を目指していけば学問として今後社会に貢献、学問として成り立っていくのかというところをまず先生にご示唆を得たいなというふうに思っております。

村上：難しいご質問というか、問題なんですけれども、通常自然科学の場合は三つぐらいカテゴリーがあると思うんですね。一つは純粋科学という言い方で、これは19世紀以降、20世紀半ばぐらいまでは、完全に個人的な営みなんです。つまり、ある人が自然の中にあるのを見つけて、それをなんとか解きほぐしたいという思いにかられて、ひたすらそれを追求するという営みの外に出ていない。

それがおそらく純粋科学というふうに考えるとすると、これと少し違った分類の仕方では、基礎科学と応用科学というのがあると、ご承知のとおりですね。基礎科学という言葉は既に応用を予想しているからこそ、応用のための基礎なんだという言葉の使い方ですから、純粋科学と言ったときの純粋と基礎とは完全に同じではないと思う、少なくともある程度は違っていると思います。応用科学というのは要するに何らかの形で社会のさまざまな問題を解決するために、その議論に科学的な成果なりをつなげていく場面ということになりますから、ほとんど技術に近くなるだろうと思います。

日本の場合は技術を、エンジニアリングを工学と訳しましたので、あたかも学問であるかのように見えるし、もちろん工学は学問であると言って差し支えないと思いますけれども、ただ実はエンジニアリングは、欧米の感覚では学問ではないんですね。エンジニアリングを英英辞典で引きますと、何て書いてあるかという、

engineering is a profession と書いてある。職業だと書いてあるんですね。決して学問だとは書いてない。その意味で言えば、むしろ応用科学もまだエンジニアリングと同じとは言えないかもしれないですが、いずれにしてもそういうふうに科学を分けてきたことは確かだ。

20 世紀後半以降の科学は、基礎科学、純粋科学よりも応用科学、あるいはエンジニアリングと直結したところ、例えば全く余計な話をするみたいですが、産学協働という言葉があって、技術移転という言葉があります。私が学生、大学院生の頃からしきりに使われていた技術移転、産学協働を前提とした技術移転というのは、先進国で行われている技術をいかに途上国に移転するか、その移転の仕方は、単に工場をそっちへ持っていくだけでは成り立たないので、いろいろなことをやらなければいけない。そういう周辺部分も含めたところでどういうふうに技術を移転するかということを考えていこうという、技術移転、technology transfer という言葉が、読んでいましたとおりの意味であったわけです。

ここ二〇年ぐらい、霞が関も含めて技術移転という言葉がしきりに使われるようになった。全く違う意味で。つまり 1968 年に日本で全共闘運動が盛んだった頃、われわれもさんざん糾弾されたんですけれども、学生たちは何を、特に理系の学生たちは何を糾弾したかというところ、大学の研究が結果的には資本主義社会の企業を肥やす肥やしになることをやっているのがおまえたちではないかというのが、彼らがわれわれに突きつけたものすごい強い批判だったわけですね。

ところが今その技術移転という言葉は、どういう意味に使われているかというと、大学における基礎研究なり純粋研究なりを、いかに技術面にまで移し替えていくか、つまり産学協働をいかににより効率的にやるかということが技術移転という言葉が持っている意味で、それが足りないからイノベーションができないんだというのが今の通産省や経産省などの基本的な考え方である。そういう点から考えると、まだ足りない、まだ足りない。その技術化がですね。つまり今言葉を使えば、現実の問題、実践の問題と科学的な学問的な成果とを直結しなさいというプレッシャーが、少なくとも 20 世紀後半から非常に強く、これは国際的にも働いてい続けていると思います。

看護学の場合は、本来は臨床的知識の積み重ねの中から生まれてきた、ある種の理論化、普遍化というものがあったと、私は局外者ですが、ところが今から二五年、もうちょっと前ぐらいから、看護

学校の高度化というのが起こりましたよね。今ここで起こっていることもその一つで、大学院ができて、かつては短大だった、あるいは看護学校だったものが、短大、二年制になり、二年制が四年制になり、そのときに、起こった現象というのは、これは大変看護学の方には失礼な言い方になるかもしれないんですけども、昔ですよ、一世代前の話ですけども、そのときに起こった問題というのは、大学の教員として研究歴がどれだけあるかということ問われたときに、四大になったときの教授陣にどれだけ資格がある人がいるかという話がかかり切実だったわけですね。

しかもその研究歴というのが、臨床的な場面での話ではなくて、いかに科学的、そこはある意味では悪い意味なんですけれども、もっと象徴的な言い方をすれば試験管をいかに振っているか、そういう場面で業績がある人でないと、大学の教授としての資格はないのではないかということになった。

これは医学部でさえも、ある意味ではそうで、臨床でいかに症例報告がたくさんあったとしても、いかに手技が優れていたとしても、それだけで簡単に医学部の教授にはなれなかった時期というのがあって、それがいまだにある程度、そういう傾向がないわけではないかもしれないんですけども、ノーベル賞をもらえるような研究をやっている連中が教授陣としては理想的であって、いかに臨床的に優れていたとしても、いわゆる研究論文、レフェリーが通すような、あるいはネイチャー、サイエンスに通すような論文が何本あるかということが教授としての基礎資格だという点から考えたときには、非常に看護大学はつらかった時代があったはずですよ。そういう面からいうと、だからこそ逆に言えば、科学的であり、かつ理論的、普遍的な体系を持つような看護学が求められたということも、一方ではあると思います。

それはある程度はもちろん、これまで積み重ねられてきたことの中にある。だけれども、じゃあ長年臨床経験があつて、婦長さんなんかのキャリアを持っていて、それを後輩たちに伝えていくために看護大学の教授としてやれるかといったときに、やれないというのはおかしい話であって、つまりそこに、出羽守というのは私は嫌いですけど、アメリカでは臨床教授というのが（これは MD の話ですが）、堂々と店を張っているわけですね、大学の中で、教授として。

つまり研究論文は一本もない。だけど、症例報告は山ほどあって、しかも手術歴に関しては極めて高い成功率

を誇っているというような人が、堂々とハーバードならハーバードの教授としてやっていくことができるという事態は、日本では今でもそんなに多くない。臨床教授というのは、日本では私立大学が導入しました。しましたが、なんか二級市民みたいな扱われ方ですね。明らかに今でも、ですから、そういう点で言うと、クリニカル・プロフェッサーというカテゴリーが本当の意味で定着、MDの世界で定着することが私はある意味では一つの、日本の医療界の変革につながっているんですが、看護学の世界では、両方から攻めていって、そして一つの現場というものに、いわばMDで言えば症例を多く、たくさん持っているような方と、それから哲学的なものまで含めた学問的な体系化の中から生まれてきた臨床知というようなものがうまく折り合える、現場で折り合うことができるようなもの、その場が作られていくことが一番望ましいのではないかなというふうに思っています。

野並：看護の場合も、医学と同じように、EBMを片方では求められ、EBMも、単に自然科学的な手法、実験研究でというだけではなくて、質的データを集めたEBMということも取り組まれています。大学で教育し、大学院で教育していくためには、やはり臨床症例研究だけではなくて、かなりネイチャー論文というものを要求、求められるということもあるという現実ではありますね。

村上：そうですね。

—実践という視点で、看護の中のネガティブ・ケイパビリティをどう考えるか

野並：もう一点、それと関連するんですが、実践という点で見たとき、特に看護は今回実践科学としての看護学というふうにタイトルに上げておりますけれども、実践という視点で、先生のほうで先ほどネガティブ・ケイパビリティというお話が出ました。そのネガティブ・ケイパビリティというのは、日本語で言うと答えの出ない事態に耐える力というふうに説明されておりますけれど、看護はもちろんエビデンスを元にした、または生理学や病態生理学とか、そういう他の学問の知識も含めまして、それらを元にして実践をしていくわけですが、それ

れだけで実践ができるというわけではなくて、この答えの出ない、正解のない状況を実践として進めていかなければいけないということがあります。それは医師の治療よりもなお複雑な状況の中で実践をしていくということになります。

そうすると、その中でまず、患者と看護師の間で信頼関係とか共感関係とかができている状況の中で、自分自身、看護師自身が自分の中の葛藤、これが正解ではない、これがたぶんベターだという状況の葛藤を引き受けるということをしてしながら実践に向かっています。そしてまた、心理的にそういう葛藤を引き受けるだけでなく、ケア、実践というのはdoingというか、働きかけていかなければいけないので、働きかけるときには、もう一つプレッシャー、正解というものがなくてまた相手も変化しているという状況の中で、働きかけをしていくので、プレッシャーを引き受ける、常にプレッシャーというもののの中で実践をしているという状況があります。

そういうところから考えますと、先ほどの先生がおっしゃったネガティブ・ケイパビリティの答えの出ない事態に耐える力、そのためには組織というか共同体というか、そういうものをもちろん看護のチームの中、また患者と看護師の間、看護師とか他の医療者を含めた共同体、そういう中でケアをつくりだしていくということが、あるように思うんですけど、この看護のプロセス、実践のプロセスというところが、先生がおっしゃっているネガティブ・ケイパビリティというものとつながっていくのではないかなと私はおもったんですけど、そこら辺は、先生のお考えはどうでしょうか。

村上：はい。非常に大事なお話だと思うんですが、高齢者が亡くなるのをご家族に説明するのが嫌で、患者さんを殺してしまった、という看護師さんの話なんかを知るにつけても、あの人を孤立させていた同僚の看護師さんたちは、何に気が付いていたんだろうかということはどうしても思ってしまうですね。それで、やはり一人で何もかも、彼女にとっておそらく少なくとも自分一人でこれも引き受けなければいけない、あれも引き受けなければいけないという思いがきつとあったに違いないんですけど、それこそ先ほどsympathyとかcompassionとかempathyという言葉を使って、医療チームの側は患者さんに対してempathyを持たなければいけない。

私は自己反省をして、empathyは相互に必要なんだ

なと思ったという告白をしましたけれども、つまり患者さんのほうも医療チームがやっていることに対して empathy を持たなければいけないということなんです、その患者と医療チームの相互の関係ばかりではなくて、患者同士の間でもまた医療者同士の間でも、empathy がちゃんと築かれているような場作りがどうしても必要なんだということを強く感じました。

その点で、事例は幾つもあると思います。例えば日本でも患者団体というのがあって、何か患者団体というのはあたかも政府にたいする圧力団体だとか、厚生省に対して何を要求するというような、そんな圧力団体だとレッテルを貼られるという節がないわけではないんですけれども、断じてそうではなくて、患者団体の場合は非常にいい仕事をして、今申し上げたような意味で患者さん同士が共同体としてお互いに引き受け合う、葛藤を引き受け合い、プレッシャーも引き受け合い、しかもそこへ医療者の一部を巻き込んでいる。

さまざまな形で新しい治療法の開発に積極的に取り組むとかいうようなこともありますし、アメリカの場合は HIV の患者さんの団体で、ACT UP という団体があるんですが、これなんかはもう MD のほうが何かあると現在は ACT UP の本部に電話で問い合わせ、全米の MD が HIV という病気に関して問い合わせをしたりするというようなところまで、成長した例もあります。

それから医療者側はまた同時に、妙な共同体意識があって、特に医者の場合ですが、隠蔽だとか自分たちだけで全てを処理するとか、実はこれは口幅ったい言い方になるかもしれませんが、三十年ぐらい前に私は『安全学』という本を書いて、特に医療機関で組織的なリスク管理というのが非常に貧しいということを説いて回ったことがあります。それでいろんなことがあったんですけれども、ヒヤリ・ハット体験というべきものを毎週報告するという安全カンファレンスというのをつくってくださいというお願いをして回っていたこともあります。実際にやってくださったところもあります。ところが自分の現場で起こった、あと思ったことをちゃんと正直に毎週安全カンファレンスに載せてくださるのは 99% まで看護師です。

野並：そうですね。今もそうです。

村上：今でもそうですか。MD の人がそういう報告をするということはまずない、というようなことを考えると、

彼らの変な共同体意識というのが、逆に働いているというケースもあって、私は非常に気にしているんですけれども、でもとにかく、やはり一人で孤独で何もかも引き受けることは、現代社会の中ではどう考えても無理ですから、だから少なくとも現場というのは自分は一人じゃないという思いをきちんと持てるような現場づくりというのがどうしても必要になってくる。これは本当に切実だと思います。

野並：特に看護の特質というか、そういうところから考えても、グループなのか共同体なのか、そういう、今は病院というのは業務としてチームとかをつくっておりますけれども、本当にこの中身、看護であれば看護の中身においてお互いに励まし合うとか、またはちょっと背中を押すとか、そういうふうな働きができるような共同体なりグループづくりというのは必要なんじゃないかなと思います。

村上：おっしゃるとおりだと思います。

注) 本文は、2018 年 9 月 1 日に行われた、第 4 回神戸女子大学看護セミナーにおける村上陽一郎先生と野並葉子学部長との対談の内容を、神戸女子大学看護セミナー委員会が看護学部紀要原稿として、できる限り語られた言葉そのままにお伝えできるように編集したものである。